

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN**

Para: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nosotros necesitamos la siguiente información para determinar su elegibilidad para

- asistencia en efectivo
- alimentaria
- médica
- para el cuidado de niño.

**Los artículos marcados abajo deben ser proporcionados a más tardar \_\_\_\_\_ en**

**su \_\_\_\_\_**

**Por favor devuelva una copia de esta forma cuando envíe sus verificaciones.**

**Ingresos y Recursos**

- Cheques de pago recibido antes de \_\_\_\_\_ para los meses de \_\_\_\_\_
- Una declaración firmada del empleador de: \_\_\_\_\_ mostrando los ingresos brutos, cantidad de horas trabajadas, monto de la paga por hora y fechas pagadas para el/los mes(es) de : \_\_\_\_\_
- Prueba ingresos y gastos de trabajador autónomo para el/los mes(es) de: \_\_\_\_\_
- Una carta de beneficios u otros comprobantes de: \_\_\_\_\_ que muestre el ingreso bruto mensual de cada miembro de su grupo familiar que lo recibe.
- Comprobante de manutención de niño y/o pensión alimenticia recibida para el/los mes(es) de: \_\_\_\_\_ incluyendo condado y número de orden judicial
- Comprobante de ahorros, resumen(es) de cuenta corriente y/o de débito

**Gastos**

- Comprobante de gastos de niño o dependiente
- Comprobante de manutención de niño pagada para el/los mes(es) de: \_\_\_\_\_ incluyendo condado y número de orden judicial.
- Facturas médicas para el/los mes(es) de: \_\_\_\_\_

**Ciudadanía e identificación**

- Comprobante de condición de ciudadanía para: \_\_\_\_\_
- Verificación de nacimiento y otra identificación para: \_\_\_\_\_
- Número del Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés) y/o comprobante de solicitud de SSN para \_\_\_\_\_

**Médica**

- Verificación de seguro de vida y/o sepelio, incluyendo nombre, número, fecha de emisión, valor nominal, y valor de rescate en efectivo de la póliza para cada póliza.
- Tarjetas de seguro de salud o copia del frente y dorso de la tarjeta.

**Cuidado de Niños**

- Cronograma diario de cuidado de niños que se necesita para cada niño. (utilice el formulario de la agencia si estuviera adjunto)
- Nombre del proveedor de cuidado de niños del DCF seleccionado.
- Copia de cronograma de trabajo para \_\_\_\_\_
- Cronograma escolar para cada niño

**Programa de Ayuda Temporal para Familias (TANF por sus siglas en inglés)/de Efectivo y de Empleo**

- Cita con \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Ubicación: \_\_\_\_\_
- Comprobante de solicitud de desempleo para: \_\_\_\_\_  
Comprobante de inscripción en la escuela para: \_\_\_\_\_

**Otro**

- \_\_\_\_\_
- Declaración del médico para: incluyendo la naturaleza de la discapacidad y período por el que no podrá trabajar. (Utilice el formulario de la agencia si estuviera adjunto).
- Formulario de solicitud/revisión completado
- Nosotros le llamaremos para una entrevista el \_\_\_\_ a las \_\_\_\_  
Fecha Hora  
en el número de teléfono. [ ]
- Paquete/Cuestionario PMDT Completo

Si usted tiene cualquier pregunta o si necesita asistencia para obtener cualquiera de esta información, llame: \_\_\_\_\_ en el \_\_\_\_\_  
Oficina Local: \_\_\_\_\_